

<b>Sezione 1 - Dati dell'intervistatore</b>			
Cognome			
Nome			
Struttura di appartenenza			
Data dell'intervista			
<b>Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato</b>			
Cognome			
Nome			
Codice Fiscale			
Sesso			
Data di nascita			
Indirizzo			
Comune di residenza			
ASP di residenza			
Tel. Fisso	Tel. Cell.		
Indirizzo email			
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test			
<b>Sezione 3 - Dati laboratoristici</b>			
Tipologia di test eseguito		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare (tipologia D)		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> Data.....
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card (tipolog.E)		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> Data.....
<b>Sezione 4 - Storia clinica</b>			
Se oggi sintomatico da quando sono iniziati i sintomi ?			
Dal 1 Marzo 2020 ad oggi ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi?			
Alterazioni dell'olfatto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Rinorrea (naso colante) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Alterazioni del gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Dispnea (difficoltà respiratorie) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Febbre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Diarrea SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cefalea SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Dolori addominali SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Tosse secca	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	